



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS
PREPROTESICAS DEL TEJIDO OSEO.

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

BEATRIZ OLIVARES ROSAS



México, D. F. 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION

I. IMPORTANCIA DE LA EXODONCIA

- A) Exodoncia (Significado)
- B) Cuidados Preoperatorios
- C) Cuidados Postoperatorios
- D) Alteraciones ocasionadas por la Extracción.

II ALVEOLECTOMIA

- A) Objetivos de la Alveolectomía
- B) Alveolectomía (Significado)
- C) Técnicas Utilizadas para realizar la Alveolectomía
- D) Diferencia de Alveolectomía, Alveoloplastia y Alveolotomía.

III ALTERACIONES DEL TEJIDO OSEO

- A) Crecimientos Oseos o Excrecencias
- B) Aristas Agudas
- C) Protuberancias Oseas de las Tuberocidades
- D) Protuberancias Oseas del Reborde Alveolar
- E) Técnicas para Regularizar el Proceso.

IV TORUS

- A) Significado
- B) Torus Palatino
- C) Torus Mandibular
- D) Técnicas de Extirpación.

V BREVES CONSIDERACIONES DE PROTESIS INMEDIATA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

A medida que se profundiza en el conocimiento de las alteraciones del Aparato Estomatognatico y las formas posibles para corregirlas el Cirujano Dentista se ve en la imperiosa necesidad de ahondar y especializarse en áreas determinadas de la práctica profesional - con el fin de brindarle al paciente un mejor funcionamiento estético y fisiológico cada vez más eficaz.

Colocar una Prótesis Total o Parcial es una de las necesidades frecuentes con la que nos enfrentamos los Odontólogos continuamente y cuya solución depende de un complejo de determinantes tanto previos al tratamiento, el tratamiento mismo y posterior a el.

Dentro de las determinantes principales ubicamos a la Cirugía Preprotésica como un auxiliar en el tratamiento de la Prótesis. Es importante dado que desde el punto de vista protésico, después de la exodoncia se requiere que el proceso alveolar sea remodelado adecuadamente para que podamos tener una base firme, libre de protuberancias óseas que será necesario extirpar en caso de presentarse. Lo que perseguimos al tratar la preparación quirúrgica de los tejidos duros es corregir las formas anatómicas a la conveniencia de una capacidad máxima de soporte y retención para la prótesis, llevando acabo una terapéutica rehabilitadora acorde con los principios básicos del tratamiento protésico.

Si la boca parcial o completamente desdentada es normal o ideal en lo que respecta a su contorno la cirugía obviamente no es necesaria, sin embargo, si existen alteraciones donde la Cirugía es -

el único camino para corregirlas se hace necesario recurrir a ella.

Ahora bien, el éxito o el fracaso en la corrección de las alteraciones que traerá como consecuencia la colocación y la aceptación de la prótesis por parte del paciente, estarán condicionados por la precisión metodológica con que todo el proceso sea seguido. Para -- ello se requiere, por principio, del diagnóstico apropiado obtenido através de la Historia Clínica, exámenes generales, modelos de diagnóstico, radiografías y análisis de laboratorio.

El presente trabajo ha sido desarrollado buscando en los temas tratados, una secuencia con muchas de las situaciones que en la preparación y el tratamiento mismo se presentan. No pretendemos agotar todos los conocimientos y prácticas que giran alrededor de este problema y por ello algunos temas, sin menosprecio de su importancia -- han sido excluidos.

Finalmente nuestra intención al desarrollar este trabajo es -- llenar un espacio en el conocimiento de la Cirugía Dental y al mismo tiempo ofrecerle al Cirujano Dentista en forma ordenada una síntesis teórica y de recomendaciones prácticas acerca de la Cirugía-- Preprotésica. Partimos de la hipótesis para elaborar este trabajo -- que en este campo aún se requiere de una generalización de las investigaciones que se van realizando continuamente.

CAPITULO I

EXODONCIA

Exodoncia término que lo introdujo al lenguaje médico el Doctor Winter, quien basandose en las raíces griegas, determina:

Exo = fuera

Odon = diente.

La exodoncia es una rama de la Odontología General que se encarga de la avulsión o extracción de un organo dentario.

En Odontología es el conjunto de procedimientos quirúrgicos -- que tiene como objeto desalojar de sus alveólos las raíces de los organos dentarios.

La extracción es una operación antigua realizada por metodos brutales y agresivos que se remontan a cinco o seis siglos antes de nuestra era. Practicada por circences, curanderos, charlatanes, sacamuelas y barberos, con técnicas propias de aquellos tiempos dependiendo de los medios con que contaban, conocimientos e ideología.

Ha habido avance desde aquellos días, ahora existen reglas precisas y técnicas quirúrgicas actuales, marcando diferencias muy grandes debido al esfuerzo o constancia pasando de la era de la barbarie a cirujanos dentistas, convirtiendose todo este proceso en la actualidad en una especialidad practicada y realizada profesionalmente como lo es la Exodoncia.

La Historia de la Cirugía Bucal se remonta al Papiro de Ebers (1500 a.c.), sin embargo este no menciona la extracción dentaria, es Esculapio el inventor de instrumentos primitivos; Gargeot (1740) creó una llave o instrumento que se usó mucho tiempo en Francia e -

Inglaterra, el cual en su época causó accidentes por la imperfección del instrumento al utilizarlo.

El instrumental ahora creado y perfeccionado continuamente proporciona al profesional éxito y al paciente le provoca menos trauma debido al mejor manejo del instrumental existente en el mercado, proporcionado en gran cantidad y calidad.

Al realizar una extracción dentaria se actúa sobre la articulación alveolodentaria que consta de encía, hueso, dientes y periodonto, teniendo como fin separar estos elementos luxando y extrayendo - ya que se tiene que distender y dilatar el alveólo debido a la elasticidad del hueso alveolar, es cuando el diente puede abandonar su origen óseo, dirigido por el instrumento adecuado. En su inserción normal la encía cubre parte de la corona anatómica del diente dejando al descubierto la corona clínica, en el alveólo dentario varía la forma respecto de cada diente adaptándose a las distintas formas anatómicas, desviaciones y patología de las raíces dentarias.

Hay que remarcar siempre la importancia del alveólo óseo ya que este es afectado a corto, mediano o largo plazo en una extracción, - con miras a tratarse protésicamente. El alveólo dentario está constituido por tejido óseo variando en su disposición y arquitectura para los distintos dientes de acuerdo con la edad del paciente, por lo tanto la elasticidad del tejido también varía; en pacientes jóvenes hay mayor elasticidad, pacientes con más edad el hueso pierde elasticidad porque hay más mineralización comprometiendo de esta forma la integridad del alveólo del diente.

Histólogicamente el alveólo está constituido por tejido óseo esponjoso, recubierto por todas sus caras de tejido compacto llamado también compacta alveolar, que es lo que constituye la parte más densa en los dos tercios cervicales, siendo más compacto el maxilar inferior que el maxilar superior. Los alveólos dentarios correspondientes a los incisivos, caninos y premolares en ambos maxilares poseen una tabla externa menos densa que la tabla interna, explicando anatómicamente se debe a que está muy proxima la cortical externa - mientras que la región lingual, ambas compactas, se encuentran separadas por una cantidad espesa de tejido esponjoso, a nivel de los molares inferiores la densidad de ambas tablas es uniforme por tener la misma cantidad de tejido esponjoso óseo. Es importante saber la densidad ósea con la cual contamos en determinados puntos del proceso alveolar ya que así nos daremos cuenta del grado de dificultad, que existe en cada una de las extracciones y por lo consiguiente las secuelas en caso de realizar una mala exodoncia.

Referente al diente, la raíz se encuentra constituida por cemento, tejido duro que por la cara externa forma parte de la articulación alveolodentaria. La disposición cualitativa-cuantitativa del cemento que puede encontrarse en la porción radicular provoca en muchas ocasiones trabas para la exodoncia; problema que se evita ya que es expuesto desde el punto de vista radiológico.

El periodonto es el ligamento de unión del diente-alveólo con un espesor aproximado de 1 mm., variando para los diferentes investigadores como: Carranza, Eurasquin. Klein, Keller y Kronfeld.

Histólogicamente el periodonto es un tejido conjuntivo, fibro-

so, blanco, constituido por fibras, elementos celulares, vasos y -- nervios tejido ricamente inervado. Las fibras mantienen al diente - dentro del alveólo de manera que actuan cuando al diente se le some te a una presión aplicando tracción al hueso alveolar y al cemento. Las fibras cuya disposición es diferente, se clasifican como sigue: fibras gingivales, fibras crestodentales, fibras alveolodentales ho rizontales, fibras alveolodentales oblicuas y fibras apicales.

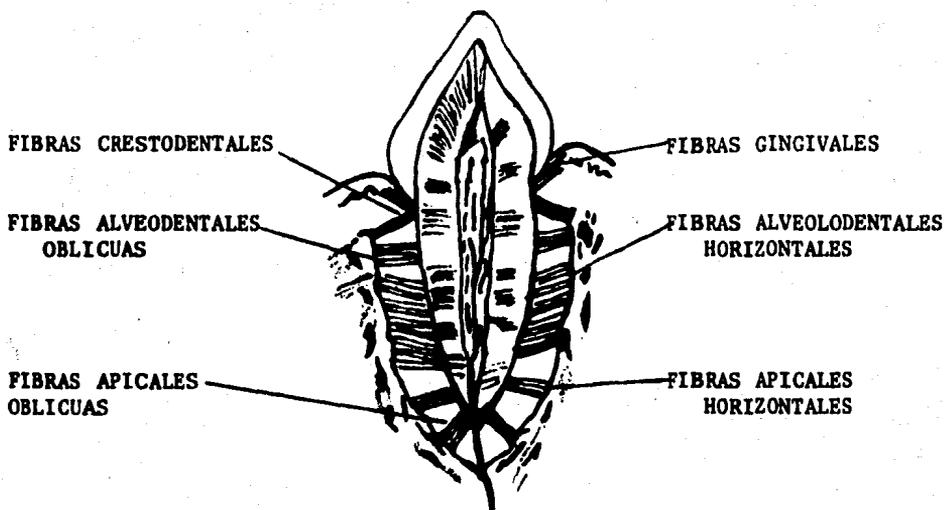


FIG.- 1 ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

objetivos que deben considerarse para realizar una extracción correctamente:

Extirpación del diente por extraer.

Traumatizar lo menos posible tanto los tejidos duros como los blandos, que se encuentran en continuidad con el órgano por extraer.

Evitar todo dolor inútil tanto durante la extracción como después de ella.

Casos importantes a seguir para asegurar el éxito de la extracción:

I.- Realización de la Historia Clínica, con la finalidad de tener un panorama general de salud del paciente, incluyendo desde luego el examen bucal.

II.- Estudio radiográfico, método necesario para realizar el diagnóstico, (diferentes tipos de radiografías según la necesidad del caso), indispensable antes y después del acto quirúrgico.

III.- Modelos de estudio, para analizar en que condiciones se lleva a cabo el tratamiento.

IV.- Diagnóstico, de los estudios realizados a nuestro paciente, anotando el resultado en la Historia Clínica, para evitar errores posteriores.

V.- Pronóstico, una vez realizado el diagnóstico tendremos el pronóstico mismo que se dará al paciente ya sea negativo o positivo.

VI.- Plan de Tratamiento, basándose en el diagnóstico y pronóstico lo elaboramos y para realizarlo acertadamente lo dividimos en:

a) Tratamiento preoperatorio, medicación y sedación del paciente

te.

- b) Tratamiento transoperatorio, planeación necesaria del tipo de intervención.
- c) Tratamiento postoperatorio, terapéutica y farmacoterapia - necesaria.

VII.- Evolución, anotando el proceso evolutivo que se presenta en el paciente, durante las fases del tratamiento realizado.

VIII.- Observaciones, aquí se hace la anotación de datos tales como; medicamentos que ingiere durante el tratamiento, tipo sanguíneo en caso de estar hospitalizado, el nombre del médico, nombre de la dependencia donde recibe atención el paciente y el nombre de la persona responsable con la que hay que comunicarse en caso de haber -- complicaciones.

INSTRUMENTAL DE EXODONCIA Y SU MANEJO.

Es importante mencionar los rasgos generales del instrumental y su uso. Como término general se clasifica en dos tipos: Pinzas o Forceps para extraer y Elevadores destinados para extraer el hueso que cubre o rodea los dientes, también se utilizan escoplos, fresas y pinzas gubias.

Los movimientos que se van a realizar con los instrumentos va a depender del órgano dentario que se trate y del grado de destrucción.

No hay duda que las pinzas o forceps, constituyen los mejores instrumentos para la exodoncia en general, hay sin embargo numerosas causas en las que los elevadores responden a dicha finalidad dependiendo en gran parte de la habilidad y destreza del operador. En la actualidad el empleo de los elevadores se considera fundamental para lograr el éxito en la extracción, es empleado para prevenir -- fracturas innecesarias del diente, extracción de restos radiculares, como instrumentos cortantes, para incidir el mucoperiostio y, desde nuestro punto de vista, útil e indispensable en el desprendimiento del diente de sus inserciones gingivales, evitando así el desgarramiento, facilitando el levantamiento del órgano llamado este acto quirúrgico como sindesmotomía.

FORCEPS.

Son los instrumentos que mejor responden a la exodoncia en general; llamados también "Forceps Anatómicos", sus bocados están -- conformados de tal manera que puede ejecutar la aplicación correcta

al cuello de la pieza por extraerse, tomando en cuenta la anatomía de cada órgano dentario que difiere por su contorno y tamaño, los bocados son importantes porque de ellos depende una sujeción precisa y firme. Los forceps constan de dos partes: una activa que en este caso varían los bocados, y una pasiva unida entre sí por una articulación, clasificándose a su vez en superiores e inferiores. Al mismo tiempo se menciona la regla general que los caracteriza; bocados de forceps superiores siempre serán rectos, bocados de forceps inferiores presentan una angulación.

La parte activa son bocados que se adaptan fácilmente a la corona del diente, las caras externas son lisas, sus caras internas - aparte de ser concavas presentan ligeras estrias que evitan cualquier tipo de deslizamiento; así los bocados siguen la anatomía de los cuellos dentarios. La parte pasiva corresponde al mango del forceps cuyas ramas paralelas y labradas impiden que se deslicen de la mano, los encontramos rectos o con pequeñas curvaturas para apoyar el dedo meñique.

Tiempos de la Exodoncia con Forceps.

Prehensión; momento en el cual la pinza toma en prehensión al diente. Primer tiempo de la exodoncia importante ya que de este depende el éxito y continuidad de los demás movimientos, significa -- que el diente está tomado del cuello anatómico apoyándose y desarrollando la fuerza para mover el órgano dentario.

Luxación; la desarticulación o dilatación de las paredes alveolares segundo tiempo de la extracción, rompiendo las fibras. Paso -

que se lleva por dos movimientos mecánicos de lateralidad y el de rotación.

Tracción; último movimiento el cual desplazará finalmente el diente del alveólo en el sentido de la corona y de la tabla externa; la tracción se ejerce cuando el diente se encuentra en la porción externa del arco de lateralidad.

ELEVADORES.

Instrumentos de suma importancia son los elevadores en el procedimiento de la extracción, se consideran tres puntos principales: el apoyo, potencia y resistencia, aparte es el de palanca; consta de las siguientes características, presentan un mango, tallo y hoja, el mango es adaptable a la mano perpendicular o en forma de T, el tallo que une el mango con la hoja. La hoja es de distintos diseños según la aplicación que se le da al instrumento; de acuerdo a diferentes puntos de vista los elevadores se clasifican en: rectos, curvos y en forma de bandera.

Tiempos de la exodoncia con Elevadores:

Aplicación; paso que debe ser guiado necesitando un punto de apoyo hasta ubicar el órgano haciendo girar con movimientos de rotación.

Luxación; movimiento de rotación, elevación o descanso, rompiendo la adherencia periodóntica, dilatando el alveólo y permitiendo la extracción.

Elevación; la extracción propiamente dicha, con movimientos de rotación y descanso, abandonando el alveólo utilizando el elevador

correctamente hasta usar las pinzas de extracción.

Para realizar una técnica de extracción necesitamos valorar el caso de cada paciente, teóricamente no existe una técnica o regla general para este fin, la avulsión se dará de acuerdo a la pieza -- dentaria de la que se trate, es por este motivo y debido a la diversidad de criterios de distintos investigadores o prácticos que no se hace mención de una técnica específica.

Sin embargo hay ocho puntos importantes desde nuestro punto de vista que deben de tomarse en cuenta;

- 1.- Historia Clínica.
- 2.- Campos de asepsia y antisepsia.
- 3.- Instrumental quirúrgico necesario.
- 4.- El paciente debe estar sentado confortablemente.
- 5.- Posición para operar maxilar inferior.
- 6.- Posición para operar maxilar superior.
- 7.- Posición para el operador.
- 8.- Posición de las manos del operador.

FISIOLOGIA DEL HUESO

El hueso alveolar es una lámina densa o dura, tejido óseo que se caracteriza de inmaduro por lo cual se puede lograr o se facilita su remodelación.

El éxito de la dentadura artificial depende particularmente -- del grado de estabilidad que el hueso fundamental puede mantener. -- Existe una relación directa entre las estructuras del proceso alveolar y la retención-estabilidad de la prótesis. Prevenir los procesos de resorción e incluso reconstruir los rebordes que se han atrofiado.

Radiográficamente el alveólo se delimita claramente debido a -- la calcificación incompleta. Esta reconstrucción se lleva a cabo -- con una velocidad que varia ya sea meses o años dependiendo de las fuerzas a las que se somete, afectando los contornos y así formando se gradualmente el hueso inmaduro por hueso maduro de tipo laminar.

Existen 4 fases cronológicas de la cicatrización de un alveólo después de la extracción (postextracción):

- 1.- Coagulación: un coágulo sanguíneo llena el alveólo.
- 2.- Organización: formación del tejido conectivo.
- 3.- Osificación: formación del hueso nuevo, fibras, tejido conectivo joven y llena el alveólo.
- 4.- Reconstrucción: el hueso maduro laminar reemplaza el hueso inmaduro.

En condiciones normales lo que sucede al extraer una pieza dentaria, inmediatamente después de la extracción se llena el alveólo

con el coágulo, al tercer día los fibroblastos y células endoteliales que parten de las paredes del alveólo, invaden el coágulo y forman tejido conectivo joven, por lo tanto el coágulo se organiza en tejido capilar conectivo, simultaneamente el epitelio superficial comienza a cubrir el alveólo abierto, al quinto u octavo día se presenta una neoformación de hueso en los espacios medulares, que rodean al alveólo, al décimo día se forma en el alveólo sobre tejido conectivo de las paredes del alveólo hueso nuevo fibrilar y de naturaleza inmadura, al finalizar la segunda semana se forma nuevo hueso en el fondo del alveólo, a las tres semanas el alveólo está casi lleno por hueso inmaduro y nuevo quedando solamente en la parte central del coágulo; alrededor de un mes después de la extracción el alveólo se llena completamente.

Ejemplo de uno de los accidentes durante la extracción y que posteriormente causa problema al colocar una prótesis, es la Fractura del Proceso Alveolar; Este accidente se presenta con relativa frecuencia durante el curso de la extracción difícil o cuando el hueso alveolar deja un espacio de salida de menor diámetro, en algunas ocasiones el fragmento óseo se desprende del resto del hueso y sale adherido a la raíz del diente extraído, en estos casos generalmente quedan superficies con irregularidades óseas, que al momento habrá que corregir empleando una lima para hueso, lavando inmediatamente con agua bidestilada o suero fisiológico, evitando así que algún fragmento quede dentro del alveólo ocasionando procesos infecciosos.

La Patología de la edentación. Es un medio de la cavidad oral -

que se inicia con la avulsión de los dientes afectados originando una serie de problemas de desarmonía total; mencionaremos posteriormente rasgos importantes para tratar de corregir infinidad de trastornos que se derivan de una extracción incorrecta procurando conservar los tejidos de soporte durante la eliminación de los dientes.

Fisiológicamente, los rebordes alveolares crecen por aposición de hueso en las superficies externas y bordes libres, en el fondo de cada alveólo dentario el proceso de crecimiento y la erupción de los dientes depende precisamente de dicha aposición. Debido a la atrófia del reborde residual que pierde su función primaria en el periodonto cuando son extraídas las piezas dentarias, se desencadena la alteración del proceso, el tamaño y su forma trabecular interna. Observándose que el problema óseo es más frecuente por vestibular que por la parte palatina o lingual.

En los pacientes que necesitan su prótesis y requieren de una intervención quirúrgica para corregir las irregularidades óseas, -- hay que solucionar el problema dándole el soporte anatómico necesario.

Extracción quirúrgica. Término que en si es una redundancia porque toda extracción dentaria es quirúrgica o debe tender a serlo; existen además técnicas relacionadas, como ejemplo está la técnica de extracción con alveolectomía, la técnica de extracción con ostectomía. Puntos que señalaremos con más detenimiento adelante, sin embargo nos indican la relación clara de la importancia que implica la extracción y los trastornos en los que se involucra el tejido óseo, siguiendo no ya la vía alveolar donde se encuentra implantado

sino que quirúrgicamente por otros medios se abre una brecha en el tejido óseo que lo recubre, suprimiendo interferencias para la extracción con el mínimo de trauma. Todo por medio de la técnica de colgajo evitando sufrimientos por las maniobras de la extracción; de otra manera estos casos por la vía normal de extracción, habría tironeamientos, desgarramientos, aplastamientos, etc.

La extracción debe prever las alteraciones a la tabla ósea o tejidos gingivales, estas lesiones osteogingivales se traducen a resorpciones o trastornos exagerados de la porción alveolar que para reemplazar la prótesis resulta ineficaz e insuficiente. Dadas estas condiciones en la exodoncia debe haber una cuidadosa planeación en base a estudios radiológicos y clínicos.

La preparación quirúrgica del tejido óseo se refiere al procedimiento quirúrgico efectuado sobre hueso con la finalidad de prepararlo y restaurarlo logrando procesos saludables, corrigiendo defectos óseos producidos por diferentes causas. Las prominencias óseas o exostosis se encuentran con frecuencia en diferentes sitios a lo largo del cuerpo de la mandíbula. Por ejemplo los torus mandibulares son más frecuentes en la región de los caninos y premolares sobre todo del lado lingual del maxilar; sin embargo las exostosis vestibulares son más comunes en la región de los molares.

La etiología de las alteraciones óseas en término intraóseo; indica la relación de los tejidos blandos con el proceso alveolar, factores ambientales locales que causan la irritación crónica del surco gingival que origina inflamación inespecífica. Las toxinas bacterianas, enzimas y autotoxinas producidas por la desintegración

del tejido, originando la lisis de las fibras gingivales permitiendo la proliferación en sentido apical de la fijación epitelial principiando la enfermedad siempre fruto de una integración entre influencias locales y generales predominantes son las locales. La respuesta de los tejidos frente a la agresión depende del carácter del irritante y de la anatomía de la región.

Una secuencia es:

- A) Una resistencia activa; inflamación.
- B) Una sumisión pasiva; que en esencia es una agresión negativa, esto es, puede seguir a la alteración de la irrigación sanguínea, o bien
- C) Realizando una adaptación.

En determinados casos se encuentran las tres formas de agresión, por lo tanto una de ellas puede ser predominante o primaria, en tal caso la diversidad de formas originan tipos diferentes de alteración ósea. Ejemplo inmediato lo es el acúmulo de la placa dentobacteriana motivando la inflamación lo cual causa absorción de hueso que progresa lentamente; pérdida de hueso lo es también la gingivitis marginal intensa de larga duración; los cálculos originan destrucción ósea profunda en áreas interproximales, bolsas de una, dos y tres paredes; torus óseos, crestas interproximales romas o planas; lesiones de resorción con márgenes insignificantes, crestas hemitaquíes. En casos donde la afección no es profunda, la pérdida es consecutiva y demasiado extensa, la remodelación ósea es el procedimiento ideal para alcanzar el éxito en la intervención; encontrando

los factores que agreden o provocan la alteración, como puede ser - la eliminación de los factores locales y generales como primer paso del tratamiento.

Veremos entonces, cómo el éxito no sólo depende del Cirujano - Dentista sino de la cooperación del paciente con nosotros en el tratamiento; relación paciente-cirujano dentista, suman el triunfo en la intervención quirúrgica para regular el tejido óseo, logrando la armonía del aparato masticatorio y finalmente el resultado de la -- combinación prótesis con bases firmes en parodonto sano.

CAPITULO II

A L V E O L E C T O M I A

La alveolectomía es el procedimiento bucal que consiste en la extirpación quirúrgica del reborde alveolar.

La cantidad de hueso a reseca con fines protésicos debe limitarse exclusivamente a la remoción quirúrgica de una porción de la apofisis alveolar como son: zonas cortantes, proyecciones fibrosas, socavados excesivos y bordes del proceso alveolar; en general todas aquellas sinuosidades óseas y eliminación de exostosis. Los protésistas aconsejan conservar una cantidad máxima del hueso cortical a la altura de la apofisis para que sirva de apoyo a la futura prótesis.

En los últimos años se viene utilizando los términos de Alveoplastia y Alveoplastia para denominar la remodelación del hueso alveolar, y no su eliminación.

El hueso alveolar se reabsorbe con gran velocidad una vez extraídos los dientes; por esto debemos tratar de preservar la mayor cantidad posible de hueso y también dejar los tejidos de soporte para las dentaduras en las mejores condiciones para que sostenga la prótesis. Preparando el reborde residual para la recepción de las dentaduras artificiales.

OBJETIVOS DE LA ALVEOLECTOMIA

Estas intervenciones se hacen:

- 1.- Para corregir anormalidades y deformidades de los bordes alveolares, que interfieren en la correcta adaptación de las prótesis u otros aparatos.
- 2.- Para eliminar toda prominencia aguda del proceso alveolar que generan en ocasiones neurálgias faciales o dolor localizado.
- 3.- Para eliminar con limas al hueso intercepal enfermo cuando se hace una gingivectomía.
- 4.- Para reducir la tuberosidad de manera que se obtenga espacio para la base protésica, o para eliminar retenciones.
- 5.- Para corregir un prognatismo.

Hay dos objetivos primarios, inmediatos y mediatos:

- I.- Mediante la eliminación del hueso o el tejido blando podemos modelar de inmediato el proceso alveolar para facilitar la confección de la prótesis. Se pueden tomar las impresiones antes, hacer inicialmente prótesis mejor adaptadas, y el paciente puede usar la dentadura con mayor comodidad y confianza.
- II.- Hay que impedir la eliminación excesiva de hueso y prevenir la reabsorción exagerada del mismo. En todo momento se considerará el uso a largo plazo de la prótesis.

Además de estos objetivos primarios es posible establecer objetivos secundarios:

Es conveniente distribuir la carga de las fuerzas masticato---

rias sobre la superficie. Para ello los rebordes alveolares deben tener forma de U y ser lo más ancho posible. Hay que evitar el reborde en V, puesto que el peso por unidad de superficie va aumentando a medida que disminuye esta.

Los espacios muertos no necesariamente añaden retención a la superficie de la dentadura y en algunos casos se prefiere eliminar todos los espacios muertos. No es imperativa la necesidad de que el reborde sea totalmente liso. Algunas ocasiones se prefiere rebordes con una superficie un tanto irregular. Hay determinados principios que guían el tratamiento.

En estos casos es preciso tomar en cuenta la edad del paciente, factor determinante en la construcción de la prótesis por lo que, - los pacientes jóvenes llevarán su prótesis durante más tiempo y será más propenso a la reabsorción producida por la atrofia y el abuso durante una mayor cantidad de años. Por eso en pacientes jóvenes, al realizar la alveoloplastía es indispensable quitar la menor cantidad de hueso posible. En los jóvenes quizá no sea forzoso hacer corte alguno.

Resulta difícil decir la cantidad de reabsorción del hueso al realizar una alveoloplastía. Existen las siguientes pautas:

1.- El hueso esponjoso se reabsorbe con mayor rapidéz e intensidad que el hueso compacto de modo que es conveniente conservar la cortical a expensas del hueso medular. La prótesis debe apoyarse sobre hueso compacto, para que los resultados sean positivos.

2.- Si la reducción inmediata de los espacios muertos produjera un

reborde angosto en forma de V hay que postergar de 3 a 4 semanas la realización de la alveolectomía para que rellene los alveólos el -- hueso neoformado.

3.- En casos de periodontitis avanzada, con reabsorción pronunciada del hueso interradicular, se postergará la alveoloplastía hasta que los alveolos sean rellenos por hueso nuevo, la espera puede ser - entre 4 y 8 semanas.

4.- Si con el diente se elimina inadvertidamente trozos de hueso, - se tratará de volver a colocar por lo menos parte de este en la zona operada.

TIPOS DE ALVEOPLASTIA

La forma más simple y rápida de alveoplastía es la compresión entre los dedos de la tabla cortical externa e interna, aunque esta es muy eficaz en pacientes jóvenes hay que hacerlo después de todas las extracciones. Se reduce el ancho del alveólo evitando los espacios óseos muertos que sin esa compresión presentaría dificultades. Frecuentemente se procede a la sutura para mantener el tejido blando y el hueso en la posición adecuada.

Alveoplastía Simple.

Cuando se desee reducir el margen cortical vestibular, lingual o en ocasiones más raras, el margen alveolar palatino o lingual, el proceso debe ser de la mayor simplicidad, Por lo general está indicado sólo el colgajo en bolsillo, aunque a veces se necesita el colgajo trapezoidal con la incisión liberadora o dos, este colgajo se

separa inmediatamente más allá de la proyección debido a que existe una mayor separación en la dirección apical por tanto generaría edema exagerado, hematoma retardado de la cicatrización y reabsorción ósea excesiva. Con un alicata o gubia sostenido en sentido paralelo al margen óseo del proceso alveolar, se elimina la mitad del hueso que se desea reducir, manipulación que resulta suficiente en muchas ocasiones.

A veces se pueden hacer múltiples extracciones sin necesidad de contornear las crestas, pero en muchos casos la tabla bucal alveolar y el hueso interseptal pueden presentar bordes afilados y protuberancias que si se dejan causarían gran malestar al colocar la prótesis. En estos casos se levanta un colgajo mucoperiostico bucal de altura mínima. Los bordes afilados y las protuberancias expuestas se contornean cautelosamente con alveolotomos y limas, las tablas bucal y lingual deben mantenerse aproximadamente al mismo nivel, si es posible, para asegurar una apofisis ancha y plana. Los socavados excesivos en los segmentos superiores posteriores e inferiores anteriores. deben recibir atención especial, el exceso de tejido blando y el tejido de granulación crónico deben ser eliminados de los colgajos bucales y linguales, que entonces son aproximados con suturas sin tensión en las regiones de soporte óseo para mantener un contorno normal. Algunas veces es deseable utilizar una sutura continua de colchonero para la cresta gingival según la preferencia del operador.

Alveoplastia radical.

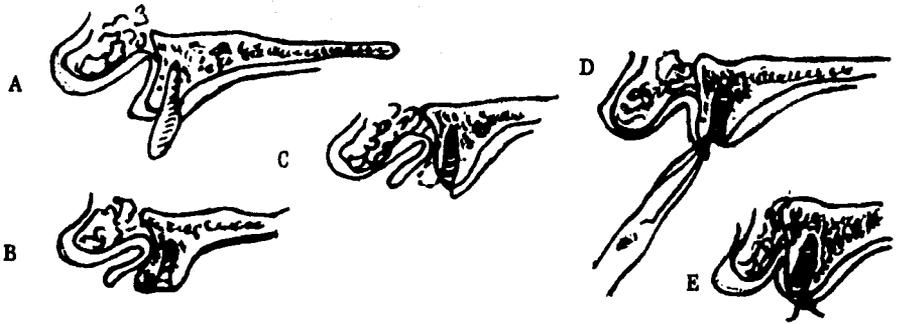


FIG.- 2 EJ: ALVEOLECTOMIA SIMPLE

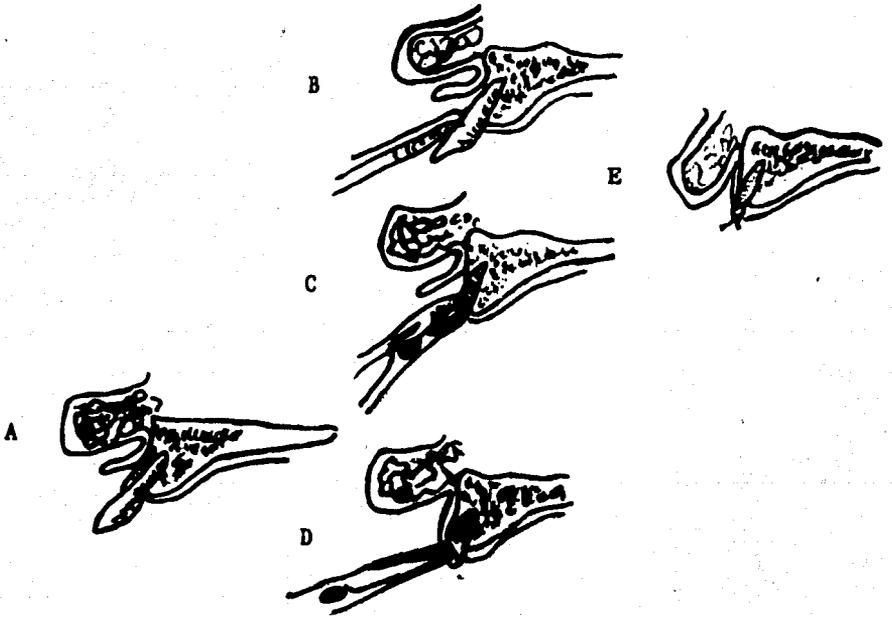


FIG.- EJ3 ALVEOLECTOMIA RADICAL

Está indicada la modificación o corte radical de la cresta alveolar debido a socavados prominentes o a una discrepancia notable en la relación horizontal, entre las arcadas superiores e inferiores por la sobremordida horizontal. Estos pacientes pueden necesitar una remoción completa de la tabla bucal, para la construcción de una prótesis estética y funcionalmente satisfactoria.

Hay casos en que se levanta un colgajo mucoperiostico antes de la extracción, la extracción se facilita quitando la tabla bucal -- que esta sobre la raíz de los dientes, así se asegurará la preservación del hueso interradicular. El hueso que queda se corta y se contournea a la altura oclusal y bucal deseada, con cinceles, alveolotomos y limas.

Alveolectomía Interradicular o Intraseptal.

En este procedimiento se sacrifica el hueso interradicular y no la tabla bucal. Se extraen los dientes sin levantar el colgajo mucoperiostico, con cinceles y alveolotomos se quita hueso interradicular e intraseptal hasta la profundidad de los alveólos, mediante la presión manual la tabla bucal se colapsa contra la tabla lingual. - Esto puede requerir fuerza considerable, posiblemente haya que quitar una cuña de hueso en cada región de premolares, para que el aumento de circunferencia de la tabla bucal permita llegar a la posición correcta, después de recortar y contournear la superficie incisal de la apófisis, se aproximan los colgajos con puntos separados.

Alveoplastia en Líneas Milohioideas y oblicuas interna.

La decisiva propiedad de soporte y estabilidad que ofrece el -

hueso alveolar a la base de apoyo de la dentadura hace pensar que la alveolectomía se realizará con indicaciones precisas.

La línea oblicua interna se extiende desde la cresta temporal de la apófisis coronoides hasta el borde alveolar lingual de los molares; la línea milohioidea, cuya trayectoria queda por debajo de la línea oblicua interna, correspondiente a la inserción del músculo milohioideo sobre la mandíbula. Al ocurrir la resorción postextracción, estas dos líneas se vuelven más prominentes y pueden obstaculizar la extensión y retención de la prótesis.

Su remoción quirúrgica está indicada en uno de estos tres casos: cuando el mucoperiostio es sometido a traumatismos frecuentes; cuando existe resorción macroscópica que impide el sellado periférico; y para lograr mayor extensión del borde en la zona alveolingual.

Alveoloplastia Cortical Vestibular.

La reducción de la tabla cortical externa es la forma más antigua y conocida de alveoloplastia.

Pasos para la Técnica:

- 1.- Se hace una incisión en la encía y se separa un colgajo mucoperiostico de espesor tal que se extiende por lo menos a un diámetro de distancia a cada lado de la zona de la cirugía ósea.
- 2.- Se coloca una gubia de corte lateral, de modo que un extremo quede por debajo del reborde óseo del alveólo y el otro en la cresta del reborde. Con la gubia se muerden pequeños trozos de hueso.
- 3.- Con la lima de hueso se alisa y retoca el contorno óseo.

- 4.- Se vuelve la mucosa a su lugar mediante duturas individuales - que se hacen desde vestibular a lingual sobre los tabiques --- óseos interradiculares.

Este tipo de alveoloplastía es el procedimiento quirúrgico pre protésico más común que se realiza después de la extracción de los dientes. Está indicada para los casos de reducción mínima.

Alveoloplastía de Dean.

La técnica de Dean y sus resultados se fundan en principios -- biológicos sanos, como son:

- 1.- Se reduce la prominencia de los márgenes alveolares vestibulares para facilitar la recepción de la prótesis.
- 2.- No se perturba la inserción de los músculos.
- 3.- El periostio queda intacto.
- 4.- La tabla cortical se conserva como una capa vital de hueso con irrigación intacta.
- 5.- Al conservar el hueso cortical, la reabsorción operatoria se - reduce.

Pasos para la Técnica.

- A) Se elimina primero el molar posterior trabajando luego hacia adelante para preservar la tuberosidad cuando se prepare el re-- borde posterior.
- B) Los caninos se han de extraer antes que los incisivos para evitar la fractura y eliminación de la tabla vestibular que se halla unida a los caninos.
- C) Una vez extraídos los dientes hay que eliminar el tabique óseo

interradicular con gubias, alicates o fresas.

- D) Para permitir el movimiento de la tabla vestibular hacia palatino, es precisa hacer cierto alivio para permitir la proyección de la cortical vestibular. Dean usa un cincel para hacer excisión de hueso con forma de V en la tabla cortical del alveólo del canino. Así se liberan tres lados del colgajo óseo cortical vestibular.
- E) En este punto es suficiente con la presión digital para comprimir la tabla hacia palatino. Frecuentemente, sin embargo la tabla cortical no se fractura y permanece en su posición comprimida, pero puede retornar a su posición original. Si se quiere prevenir esta situación, Dean sugiere que se use un cincel desde adentro del alveólo para pasar a través de la tabla cortical en la región apical.
- F) Así la cortical vestibular se convierte en un injerto óseo de movimiento libre unido únicamente al mucoperiostio, del cual se recibe el aporte sanguíneo.
- G) La línea de fractura horizontal en la zona apical se alisa, con limas para hueso desde dentro del alveólo para dejar la vestibular lisa.

Esta técnica se utilizaba en rebordes posteriores así como en anteriores, haciendo un alivio cortical vestibular en el alveólo de posición más posterior.

Mac Kay modificó la técnica de Dean mediante la apertura de la tabla cortical hacia afuera antes de comprimir hacia palatino esta

modificación asegura una capa de hueso de movimiento libre y sin --
tensión.

Técnica de Obwegeser.

En casos de protrusión premaxilar extrema, la técnica de, Dean produciría un reborde anterior en forma de V, en lugar del reborde conveniente en forma de U. Para evitar tal reborde, Obwegeser fractura las corticales vestibular y palatina.

Pasos para la técnica:

- 1.- Extraer los dientes con la técnica adecuada.
- 2.- Conectar los alveólos, mediante gubias o fresas para eliminar el hueso interradicular medular.
- 3.- Con una fresa para hueso piriforme o redonda grande, agrandarse los alveólos y su intercomunicación.
- 4.- Las tablas vestibular y palatina se cortan con fresa en las zonas de caninos para debilitar el hueso y formar colgajos óseos de tres lados en las dos tablas corticales.
- 5.- Se introduce un disco montado pequeño dentro de los alveólos - para ranurar las corticales vestibular y palatina, debilitando las horizontalmente a lo largo de la líneas, puesto que la cortical vestibular es muy delgada, sólo hay que ranurar con el - disco la cortical palatina.
- 6.- Se introduce un par de elevadores gruesos y planos y se fractura con ellos la tabla vestibular hacia vestibular y la tabla - palatina hacia palatino. Entonces se ejerce presión digital para modelar el proceso alveolar y darle la forma adecuada.

- 7.- Las suturas cierran la encía sobre los alveólos y ayudan a mantener el hueso en posición.
- 8.- Se usa prótesis con férula para estabilizar el proceso alveolar fracturado que cicatriza en 4 ó 6 semanas.

La técnica de Obwegeser tiene la ventaja de remodelar las superficies vestibulares y palatinas del proceso alveolar anterior y se presta para casos de protrusión premaxilar extrema. Primero hay que realizar la operación en un modelo de yeso piedra en el laboratorio, y luego, sobre el modelo "operado" se confecciona un férula o prótesis. Al planificar el procedimiento sobre el modelo, la cirugía se lleva a cabo con mayor exactitud.

Reducción de Rebordes en Filo de Cuchillo o Serrados.

La atrofia alveolar intensa del reborde inferior y a veces del reborde superior produce crestas alveolares residuales agudas o afiladas que cortan el mucoperiostio cada vez que ejercen presión sobre la zona, en este caso el uso de la prótesis se vuelve en extremo dolorosa; por lo general el dolor se alivia al quitar la prótesis, pero la presión digital causa dolor.

Los exámenes radiográficos deberán hacerse con exposiciones bajas con la finalidad de revelar los delicados osteofitos serrados que sobresalen en la cresta del reborde, estos minúsculos y delgados osteofitos y los bordes filosos de hueso se alisan con gubias, alicates y limas para hueso; ello proporciona alivio y permite al paciente que use la prótesis otra vez con comodidad.

Pasos para la Técnica.

- 1.- Se hace una incisión horizontal en la encía, inmediatamente -- por apical a la cresta alveolar, con una incisión liberadora -- pequeña a cada extremo.
- 2.- Los colgajos vestibular y lingual se rechazan lo suficiente co -- mo para exponer el hueso afilado de la cresta.
- 3.- Con una gubia de corte lateral se puede cortar los osteofitos y limar el reborde, hay que tener cuidado de evitar la elimina -- ción excesiva de hueso pues ya hay carencia de este.
- 4.- Se cierra la incisión sin tensión mediante suturas individua -- les, con la precaución de no disminuir la profundidad del sur -- co vestibular.

Muchas veces se observará que el reborde alveolar atrófico es -- tá cubierto por una franja delgada de tejido gingival "cicatriz gin -- gival". Es preciso conservar esta franja para soporte de la próte -- sis. Hay que tener cuidado de no lesionar el paquete vasculonervio -- so mentoneano y volver a ubicarlo.

Reducción de la Línea Milohioidea.

La atrófia alveolar pronunciada, a veces acentúa la línea milo -- hioidea, la cual puede ser palpada en la superficie lingual de la -- mandíbula en la zona del segundo y tercer molar. Hay veces en que -- la línea milohioidea y la línea oblicua externa se hallan en los -- puntos más altos de la mandíbula atrófica, porque el proceso alveo -- lar se ha reducido a un surco por efecto de la reabsorción.

Hay que reducir la línea milohioidea cuando el reborde se ha --

lla al mismo nivel, o a nivel más alto que el proceso alveolar. Con frecuencia, el mucoperiostio lingual que cubre la línea milohioidea se traumatiza, se ulcera, y no cicatriza, en tales casos, hay que - eliminar el hueso propiamente dicho con la finalidad de permitir el cierre del tejido ulcerado, mediante suturas.

Pasos para la Técnica:

- 1.- Se hace una incisión en la encía residual de la cresta del proceso alveolar desde la zona de premolares hacia la zona del -- tercer molar, cuando hay una úlcera mucosa que abarca la promi nencia ósea, se adapta la incisión para que incluya la úlcera. De este modo, el colgajo lingual no tiene perforación de ojal.
- 2.- El mucoperiostio lingual se rechaza con cuidado, exponiendo la línea milohioidea y el músculo.
- 3.- Se incide el músculo milohioideo, con la hoja del bisturí o-- rientada en sentido lateral hacia la mandíbula.
- 4.- Una vez separados los músculos el reborde óseo se reduce a ba-- se de gubias o limas para hueso.
- 5.- Se sutura con puntos individuales en la encía.

El músculo milohioideo separado se volverá a insertar en la -- mandíbula a nivel inferior, si el paciente ya tiene prótesis, se ha-- rá el recorte muscular con el fin de modelar rebasando temporalmen-- te con material de rebasado blando. El remodelado de la dentadura -- sirve para mantener abajo el músculo milohioideo, produciendo la -- profundización del surco lingual.

Howe dice que la reducción de la línea milohioidea es la opera

ción simple más útil de que se dispone para la mandíbula muy reabsorbida, por que no sólo se reduce el borde filoso óseo que produce dolor, sino que al mismo tiempo se profundiza el surco y esto ayuda a una mayor estabilidad de la prótesis.

Eliminación de Retenciones Inferiores Vestibulares.

Muchos pacientes sufren la reabsorción del proceso alveolar inferior, que produce una retención o espacio muerto vestibular marcado debido a que hay mayor reabsorción en la zona apical y en la cresta alveolar es menor, con esta clase de reborde es difícil que un paciente pueda usar su prótesis con éxito, para esto existen dos tipos de tratamiento que son:

- 1.- Excisión del hueso desbordante en la cresta alveolar.
- 2.- Relleno y remodelado de la zona retentiva con injerto óseo o algún material extraño inerte desde el punto de vista biológico.

Si el hueso alveolar es ancho, el paciente puede afrontar el sacrificio de poco hueso desbordante vestibular, incluso si el reborde posterior es angosto el soporte que ofrece la línea oblicua compensará el reborde angosto; en la parte anterior el problema es más agudo, porque si se reduce el tamaño el reborde anterior deberá soportar una mayor carga masticatoria por unidad de superficie y a la larga sufrirá una mayor reabsorción. En estos casos hallamos de utilidad rellenar el espacio retentivo y no disminuir la superficie.

Holland usó red de Tantalio para rellenar un espacio retentivo que se extendía desde la zona molar derecha hasta la zona molar izquierda; el implante fué bien tolerado y los resultados fueron muy

satisfactorios. Se usó cartílago con resultados favorables; se ha -
usado trasplante de hueso alveolar autógeno de una posición a otra
con resultados alentadores.

Técnica para la Alveolectomía Parcial en el Maxilar Superior e Inferior.

Los distintos pasos son:

- 1.- Si se trata de un caso en que las extracciones son recientes, el mucoperiostio será levantado con un periostotómo a una profundidad mínima de 10 mm desde la línea gingival, todo alrededor de la zona que será delineada.
- 2.- Desde un punto medio entre las superficies vestibular y lingual del último diente en la arcada (el diente más distal por extraer), extendiéndose la incisión a través del tejido mucoperiostio -- vestibular, en su ángulo de 45° y de 15 mm de largo por lo menos. La incisión se lleva a cualquier espacio en que los dientes hayan sido extraídos previamente.
- 3.- Levantar el colgajo con un periostotómo y mantenerlo en posición con el dedo índice de la mano izquierda o un periostotómo ancho o con retractores de tejidos.
- 4.- Usar el suctor para eliminar la sangre durante toda la operación.
- 5.- Colocar de la cizalla o gubia simple un bocado contra la cresta y el otro debajo de la protuberancia por extraer, comenzando por la región de los incisivos centrales superiores, o inferiores, y dirigirla hacia la parte más distal del reborde alveolar.
- 6.- Liberar la membrana mucoperiostica de la cresta alveolar y lle

varla hacia lingual, de modo que se vea la cortical lingual. Este procedimiento revelará muchas proyecciones óseas interseptales agudas.

7.- Eliminar estas prominencia óseas con la gubia.

8.- Alisar la superficie vestibular del reborde con la lima para hueso, sosteniendo la línea en la misma posición que un escoplo recto, con el mismo apoyo de los dedos, y limar pequeñas zonas sucesivas mediante movimientos de tracción.

9.- Examinar nuevamente las radiografías dentales por si hubiera radiolucideces periapicales, y donde las haya explorar en esas zonas con una cureta. Enuclear cualquier masa de tejido blando que se halle. Explorar todos los alveólos con una pequeña cureta y eliminar cualquier espícula ósea, dentaria o restos de obturaciones que puedan haber caído en el alveólo.

10.- Bajar el colgajo y colocarlo en posición, aproximando sus bordes y emparejarlos con el dedo índice humedecido.

11.- Nótese la cantidad de tejido blando superpuesto. Estas superposiciones se deben a que se ha eliminado hueso debajo del tejido blando, lo cual determina que este cubra hueso con exceso.

12.- Hay que eliminar con tijera la mencionada cantidad sobrante de mucoperiostio.

13.- Colocar los tejidos blandos en su lugar emparejandolos con el

dedo índice humedo, aproximar los bordes del mucoperiostio, se puede determinar alguna proyección aguda remanente vestibular o en el borde alveolar.

14.- Si hay alguna proyección ósea, es necesario levantar el colgajo del tejido mucoperiostico y eliminar con la lima o, si es bastante amplia con la gubia.

15.- Suturar el colgajo en su sitio de manera que el tejido blando esté sostenido por hueso interseptal, preferimos en este caso sutura continua con seda negra tres ceros, si se desea en algunas ocasiones podremos realizar sutura discontinua. Ciertas condiciones requieren la necesidad de suturas adicionales:

- A) Levantar el labio y tirar, si el colgajo se desplaza, indica que hay que colocar más suturas.
- B) Otra indicación es cuando hay hemorragia continua.
- C) Cuando hay apertura del colgajo.

La Técnica de Alveolectomía con Fines Protésicos.

Con el fin de preparar un maxilar para prótesis, puede hacerse en toda la extensión de la arcada, de otro modo dividir la operación en dos o tres zonas; esto es, en relación con el número de dientes a extraer y estado del paciente. En general se prefiere dividir la arcada superior en tres segmentos:

- 1.- Un segmento posterior derecho que se extiende desde el espacio interdentario entre canino y primer premolar hacia atrás:
- 2.- Un segmento posterior izquierdo que tiene los mismos límites.
- 3.- Un segmento anterior comprendido entre canino y canino el cual si no hay razones especiales se le realiza el tratamiento de prótesis inmediata; iguales consideraciones se deben observar para el maxilar inferior.

Preparación de Colgajos.

Con una espátula roma o un instrumento conveniente según en varias ocasiones, la cantidad de elevación del colgajo labial o bucal está en directa dependencia con la extensión de la operación, pero lo conveniente es separar el colgajo sólo hasta la región del tercio apical de los dientes, esto es lo que recomienda Mead.

Saizar, aconseja no desprender totalmente la fibromucosa gingival, sino dejarla adherida al hueso a lo largo de la unión con la mucosa floja del fondo del surco, evitando así el peligro de desplazar los tejidos móviles del fondo del surco en el momento de sutu-

rar, lo cual tendría el inconveniente de descender las inserciones musculares y reducir la zona, evitando a la vez los hematomas y edemas posoperatorios, que son consecuencia de las intervenciones de larga duración e importancia, a nivel del surco vestibular; el colgajo palatino se prepara según las mismas condiciones manteniéndose apartados por separadores; estos colgajos se fijan con tres o cuatro puntos de sutura a puntos separados, o por puntos próximos.

Pendleton (1939) propone un método que acertadamente Gietz denomina "Alveolectomía Postergada". La preparación y regularización quirúrgica de los bordes alveolares la realiza entre los 15 y 60 días después de las extracciones. El momento óptimo para efectuar la alveolectomía es, en personas de edad mediana, 14 días después de la exodoncia; en personas jóvenes o en ancianos, 21 días. Droba (1937) se inclina también a realizar la alveolectomía dos semanas después de las extracciones. Y no deja de tener razón Pendleton --- pues la alveolétomía se postergará dependiendo de la evolución del paciente después de que se hizo la extracción.

El término ALVEOLECTOMIA y ALVEOLOPLASTIA, es la remoción -- quirúrgica de una porción de la apófisis alveolar. El término alveolectomía tan comunmente empleado, es incorrecto, pero el uso lo ha impuesto en general. Una Alveolectomía Parcial es toda aquella operación necesaria destinada a preparar solamente al reborde alveolar para la recepción de la prótesis.

Sin embargo algunos investigadores hacen mención de la diferencia y por tanto su interpretación; como complementación nosotros en este trabajo daremos el sentido de los diferentes términos.

ALVEOLOPLASTIA: Es la intervención quirúrgica para dar forma al reborde alveolar y prepararlo para el soporte de la prótesis inmediata o de las que serán colocadas a pocas semanas del posoperatario.

ALVEOLECTOMIA: Es la extirpación quirúrgica del reborde alveolar.

ALVEOLOTOMIA: Significa cortar dentro del proceso alveolar. La alveolectomía se hace para exponer y permitir la eliminación de un diente retenido o de raices, o para exponer un tumor o un quiste, o una apicectomía.

CAPITULO III

ALTERACIONES DE LOS TEJIDOS OSEOS

Entre las alteraciones de esta categoría están las variaciones de la altura del reborde alveolar ocasionado por la extracción de los dientes del maxilar superior o inferior en pequeños grupos o individualmente, en épocas distantes de la vida del paciente, la diferencia de tiempo entre las extracciones origina una mayor o menor prominencia o atrofia del reborde alveolar, y cuando faltan todos los dientes, se le llama Reborde de Montaña Rusa, de Colinas y Valles. Si examinamos el maxilar superior e inferior desdentado y se hallan elevaciones redondeadas, Colinas y Valles, que aparentan ser estructuras óseas se recordará la posibilidad de que dentro del reborde maxilar superior o inferior esté un diente no erupcionado, -- tal como un tercer molar o canino retenido, un cementoma o una exostosis intermedular.

Estas elevaciones redondeadas no se reabsorben como lo hace el proceso alveolar circundante; por lo tanto se destacan prominencias de los rebordes.

Crecimientos Oseos o Excrecencias.

Son anomalías congénitas, estas excrecencias voluminosas se encuentran generalmente:

- 1.- En las Tuberosidades Maxilares.
- 2.- Como proyección de la parte anterior de la apófisis alveolar superior, sobre el maxilar inferior llamado resalte.
- 3.- Como alargamiento de la parte anterior de la apófisis alveolar superior por debajo de la línea normal del labio llamado entrecruza

miento.

- 4.- Como excrecencia ósea sobre el rafe medio del hueso palatino, conocido como torus palatino (osteoma palatino), que varía de tamaño.
- 5.- Como excrecencia ósea sobre la superficie lingual de la mandíbula, conocido como torus mandibular (osteoma mandibular), frecuente en zona de premolares, caninos e incisivos centrales.
- 6.- Retención aguzada en la superficie lingual de la mandíbula que se extiende sobre la región molar, en algunos casos desde la región canina hasta el tercer molar llamado esto por algunos autores balcon lingual.
- 7.- Las prominencias exageradas del reborde milohioideo también producen retenciones.
- 8.- Prognasia de los maxilares.

Prominencia Localizada del Reborde Alveolar en el Maxilar Superior e Inferior.

La técnica es como sigue:

- 1.- Hacer una incisión a lo largo de la cresta alveolar, a partir de un punto situado a diez milímetros por detrás de la prominencia en ambos lados, en cada extremo cortese un centímetro hacia el surco vestibular en un ángulo de 45°.
- 2.- Con un periostotómo se logra el mucoperiostio del hueso por lo menos hasta 10 mm debajo de la prominencia.
- 3.- Por medio de gubias con una hoja sobre la parte superior de la cresta y la otra debajo de la prominencia ósea, se corta el hueso -

que protruye, hay que tener cuidado al limar no sea demasiado pues es preferible dejar un exceso que limar demasiado hueso.

4.- Usar una lima para hueso y alisar toda la parte expuesta.

5.- Si hubiera alguna proyección o punta aguda sobre el reborde, - levantar el colgajo hacia lingual y eliminar con una lima las proyecciones afiladas; en caso de haber proyecciones muy amplias hay - que hacerlo con una gubia.

6.- Colocar el colgajo sobre el reborde y observar si sobrepasa.

7.- Hay que cortar el exceso de tejido blando de los bordes de los colgajos hasta que se aproximen sin tensión y cubran el reborde.

8.- Suturar los bordes del colgajo en posición sin tensión.

Aristas Agudas.

Las apófisis alveolares desdentadas y con bordes agudos se advierten por palpación o cuando el paciente intenta usar prótesis, - las causas más serias y más frecuentes de la incomodidad de las prótesis son las apófisis a manera de filo de cuchillo; la masticación parece comprimir el mucoperiostio contra las aristas agudas de hueso y por lo tanto la oclusión es dolorosa. Los pacientes frecuentemente van de un dentista a otro para obtener una prótesis que pueda usar con comodidad; la corrección quirúrgica de las apófisis alveolares afiladas, seguida de la construcción de nuevas prótesis suele brindar la comodidad buscada.

Muchas veces el clínico puede creer que la cresta ósea es satisfactoria debido a que la cubierta de tejido blando es redonda, - ocultando el hecho de que existe una cresta afilada debajo del muco

periostio; la presión firme con los dedos puede provocar la molestia típica cuando existen crestas afiladas, pero el paciente generalmente puede señalar las regiones de la molestia.

De los rebordes residuales agudos se describen distintos tipos:

- A) En forma de filo de cuchillo.
- B) En forma de dientes de sierra.
- C) En forma con salientes discretas.

El tratamiento quirúrgico para corregir estos rebordes ya fué mencionado anteriormente por lo que sólo resaltaremos las indicaciones: incisión, reclinación del colgajo, contorneo del hueso, remodelación del tejido, sutura, puntos aislados y poca tensión. La denta dura en uso, tratada con acondicionadores de tejidos, ofrece mayor comodidad y facilita notablemente la cicatrización.

Contorno del Borde Alveolar.

A menudo se encontrarán situaciones que hacen necesario cortar hueso, para corregir un defecto óseo o proporcionar acceso a otra anomalía. Durante la extracción dental, el hueso alveolar se desplaza frecuentemente cuando los dientes se hacen girar, después de la extracción sin reflexión de colgajos o modificaciones quirúrgicas del hueso alveolar, el borde alveolar debe comprimirse suavemente entre pulgar e índice a una posición más lingual que la que tenía cuando los dientes estaban presentes, para acentuar el contorno del borde alveolar y así brindar soporte a futuras prótesis, Puesto

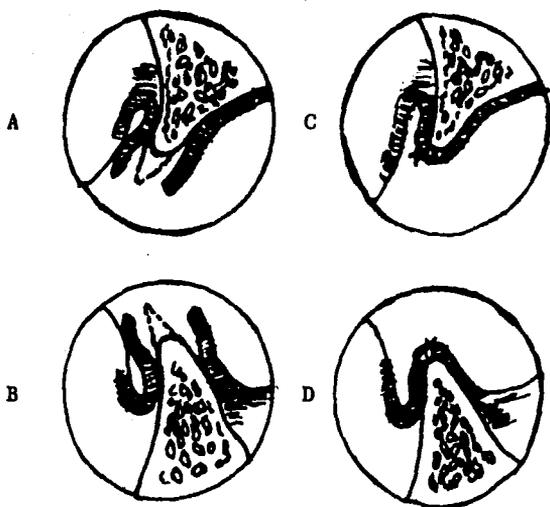


FIG.- 4 A, B, ELIMINACION DE ARISTAS AGUDAS
C, D, BORDES OSEOS CUBIERTOS

que habrá pérdida ósea fisiológica en las superficies labial y bucal, es adecuado modificar esta superficie para eliminar socavaciones durante la cirugía, lo mismo ocurre si los dientes por extraerse se encuentran en una zona de padecimiento periodontal afectando ampliamente, con picos afilados de hueso que se proyecta a los espacios interdenciales se corregiran de igual forma en las superficies labial y bucal o de lo contrario permanecerán bajo el mucoperiostio largo tiempo ocasionando problema bajo las dentaduras postizas.

No hay pruebas de que una técnica sea mejor que la otra por lo que es opcional la elección de dicha técnica, pero con cualquier método que se escoja, la cantidad de hueso extirpada deberá ser la menor posible para proporcionar una base adecuada a la dentadura artificial. La placa alveolar lingual rara vez se modifica al extraer dientes, porque es la más gruesa y, por lo tanto, lo mínimo tiende a reabsorberse; cuando se modifica; debe recibir muy poco contorno.

El hueso no debe quemarse, pulirse o comprimirse durante la cirugía; si ocurre algo de esto, debe extirparse el tejido lesionado para prevenir secuestros posteriores y curación tardía.

La cirugía, para corregir irregularidades del borde alveolar - en bocas desdentadas, debe planearse cuidadosamente de modo que las incisiones se hagan en el mucoperiostio del hueso alveolar, pero no directamente sobre el área ósea que se va a modificar.

Protuberancias Oseas de las Tuberosidades.

La hipertrofia fibrosa o el agrandamiento óseo de las tuberosidades de los maxilares superiores pueden interferir con la construcción de las prótesis, a causa del abultamiento exagerado en el espacio intermaxilar al grado que dificulta la aplicación de la próte--sis; éstas pueden ser oclusales o laterales: las primeras son por -lo general, trastornos de los tejidos blandos y los segundos de naturalaleza ósea, y requieren reducción quirúrgica. La conveniencia de este obstáculo del reborde residual son los dientes sobreerupciona--dos que alargan los procesos alveolares en ausencia de dientes antagonistas.

El tratamiento depende, previo estudio radiográfico, en determinar la cantidad exacta del hueso por eliminar, que sea permitido dentro de los límites de la altura del plano oclusal, de la ubicación del seno maxilar y del contorno óseo.

Quando las Irregularidades del Reborde Residual, interfieran - con la extensión correcta y necesaria del borde protésico deben ser reducidos, pero con criterio conservador, sobre todo en mandíbula. Las irregularidades que se presentan en el proceso superior entre - la cresta del reborde anterior y la tuberosidad del maxilar, deben ser reducidos quirúrgicamente de preferencia en la región de la - tuberosidad y no en el borde anterior, con el propósito de conservar la lámina cortical anterior del hueso.

Hipertrofia Oclusal de las Tuberosidades.

Las tuberosidades del maxilar superior pueden estar aumentadas

excesivamente de volúmen en sentido oclusal, impidiendo la ubicación de una prótesis.

Siempre que el seno maxilar no esté descendido, acompañando la tuberosidad, que puede ser reseca dependiendo de la técnica. Los principios quirúrgicos son los mismos que los enunciados para las alveolectomías ya citadas, el hueso se reseca a escoplo, pinzas guías y fresas quirúrgicas.

Hipertrofia Lateral de las Tuberosidades.

Las prominencias de la tuberosidad del maxilar superior no permiten que la prótesis se adapte a nivel del surco vestibular, no realizándose por lo tanto "el sellado periférico". Estas prominencias son por lo general, resultado de una alveolectomía insuficiente, al realizarse la exodoncia del segundo y tercer molar superior; producida la cicatrización y modelado alveolar, persisten estas prominencias que tan serios escollos resulta para el futuro de la prótesis. Debe ser, previsto este detalle eliminando, en el acto de la exodoncia y alveolectomía, la tabla externa con una pinza o con el escoplo.

Hacemos pequeñas indicaciones para la eliminación de las tuberosidades:

Para reducir estas tuberosidades se hacen dos incisiones curvas que llegan al hueso; parten del extremo distal de la tuberosidad y van hasta la parte anterior en un punto donde se unen en la región de los premolares. La mucosa y el tejido fibroso entre las

dos incisiones se quitan con un elevador para periostio, dejando un defecto a manera de cuña, el tejido fibroso subyacente a los colgajos bucales y linguales se quita por disección con bisturí. Se debe tener cuidado al quitar el tejido fibroso del lado palatino, para no lesionar los vasos de la membrana mucosa. Si la prominencia es excesiva, se quita el exceso de hueso de la cresta del alveólo y de la tabla bucal; esto se puede hacer con cinceles, alveolotomos y limas, después que se ha restablecido el contorno deseado, cualquier exceso de tejido se quita de los colgajos bucales y linguales entonces se pueden aproximar los colgajos con puntos separados. Los colgajos deben ser recortados correctamente, para permitir una adaptación íntima en el hueso.

A veces la reducción de la tuberosidad no es posible por la -- presencia de un antro grande, en estos casos, el aumento del espacio intermaxilar para permitir la colocación de la prótesis puede -- obtenerse reduciendo la altura de las apófisis alveolares. Primero se quita el exceso de tejido blando; después se contornea el hueso tanto como lo permitan las estructuras anatómicas.

Las protuberancias óseas en distintos sentidos, son innumera-- bles, como ya se ha dicho, las variaciones que pueden presentar estas, es posible encontrarlas en cualquiera de los maxilares, y en -- cualquiera de sus caras. Su eliminación quirúrgica se impone, para permitir colocar con comodidad y eficacia las prótesis; su eliminación y regularización puede hacerse en el momento de la exodoncia -- o bien deben realizarse cuando se presenta el paciente, ya desdentado, y con miras a la prótesis. La técnica para la resección de es--

tas protuberancias sigue las normas dadas, con las particulares variaciones que requiera la distinta ubicación topográfica.

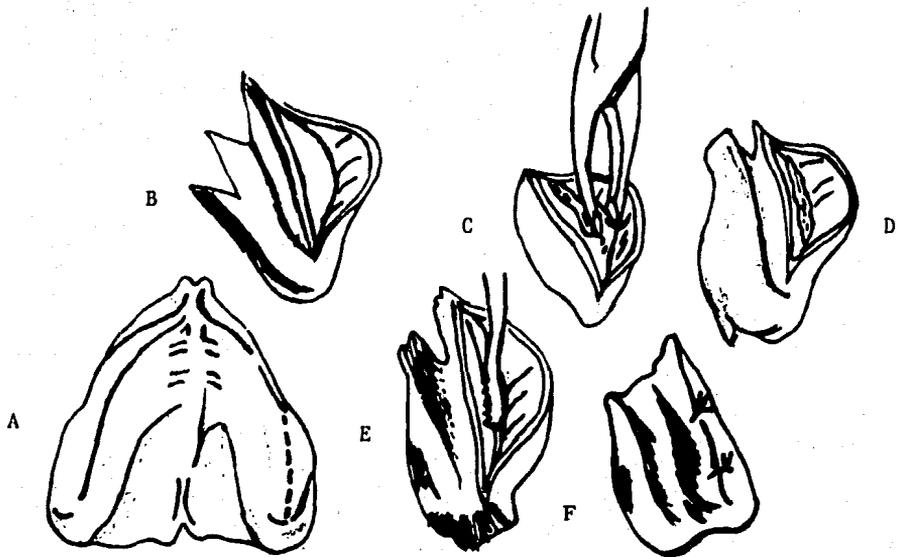


FIG.- 5 OSTECTOMIA Y REGULARIZACION DEL HUESO
HASTA LA SUTURA.

CAPITULO IV

T O R U S

Exostosis, muchas veces se encuentran exostosis o protuberancias óseas de la mandíbula y del maxilar, que se localizan con frecuencia en la línea media del paladar (Torus Palatino); pero también se presentan en la superficie lingual de la mandíbula en la región de los caninos y premolares (Torus Mandibular) a veces tienen otras localizaciones, como en la superficie bucal del maxilar o de la mandíbula y también en la superficie palatina del maxilar cerca de los molares.

Las exostosis son tumoraciones localizadas del hueso compacto denso. La etiología, aún no se conoce la causa exacta, si bien a veces se han planteado como forma de hiperplasia compensadora debido a influencias genéticas, el traumatismo superficial, la maloclusión y la respuesta funcional. En la actualidad, se cree que son anomalías del desarrollo, de naturaleza benigna y sin ninguna importancia patológica. Por ello es necesario un diagnóstico exacto en casi todos los casos; no está indicada la extirpación quirúrgica de una exostosis excepto en aquellos casos raros en los que su tamaño masivo interfiera las funciones bucales, y es necesario que estas protuberancias óseas sean eliminadas para facilitar la colocación de la prótesis por lo que se realizará una extirpación total o parcial.

Los datos clínicos son muy variables, cuando se encuentran exostosis en las superficies bucales del maxilar y de la mandíbula, tienen tendencia a ser múltiples y bilaterales más que unilaterales y únicas; las exostosis múltiples están casi siempre regularmente --

alineadas y espaciadas en dirección anteroposterior. Pueden ser de distintos tamaños y formas, generalmente se localizan en el punto - medio entre el borde gingival y el pliegue mucobucal, pueden ser de abultamientos lisos, redondos y simétricos, protuberancias de forma irregular, o masas nodulares, pero en todos los casos son de consistencia ósea, asintomáticos y recubiertas por una encía normal que - debido a su adelgazamiento, parece más pálida de lo normal. A veces, puede encontrarse una protuberancia ósea única, simétrica por encima del alveólo, extendiéndose desde la región de los caninos hacia atrás, hasta los molares; estas protuberancias suelen ser bilaterales y se deben al agrupamiento de múltiples exostosis individuales.

Aunque la mayor parte de las exostosis se localizan en la boca, a veces se encuentran prolongaciones óseas en el paladar por encima de las raíces de los molares. Pueden ser abultamientos de contornos lisos o de forma irregular e incluso protuberancias nodulares.

La mayoría de exostosis se identifican por su localización, -- consistencia ósea, coloración normal, sobre todo su larga evolución y falta de crecimiento continuo. Sin embargo, en los niños en crecimiento no hay que esperar una historia de crecimiento lento y gradual ya que las exostosis pueden presentar un crecimiento continuo hasta que se alcanza la madurez ósea.

La Imagen Radiológica; cuando no está oculta por las raíces -- superpuestas y cuando es de considerable tamaño, se caracteriza por una radiopacidad de tamaño y forma variable, mal limitada, que muchas veces parece confundirse con el hueso contiguo normal.

El Torus Palatino.

Es una exostosis que se localiza en la línea media de la bóveda del paladar, se debe a un excesivo desarrollo de las superficies medias de cada apófisis palatina, que se unen, dando lugar a la formación de una apófisis única. El torus palatino es muy frecuente, - cerca del 20 al 25% de adultos presentan alguna señal de agrandamiento óseo en esta región.

El Aspecto Clínico del torus puede ser muy variable: puede ser un abultamiento en el centro de la bóveda, de consistencia ósea, -- apenas detectable, de superficie lisa, simétrico suavemente limitado; una prominencia o nódulo de pequeño tamaño, de unos milímetros una masa de moderado tamaño, redonda, ovalada o elíptica, con una base de adhesión plana o ligeramente pedunculada; un tumor masivo y voluminoso, de dureza ósea que ocupa la mayor parte del volumen de la bóveda. A veces corre por su centro un surco o una estría en dirección anteroposterior, correspondiente a la línea de fusión; en otros casos, una o varias muescas acanalan su superficie en dirección lateral; por ello, la superficie irregular de algunos torus -- presentan interesantes y característicos modelos de crecimiento. En algunos casos, el torus parece compuesto de varias lobulaciones prominentes de un gran tumor de base ancha.

Ya que los torus palatinos se componen en su mayor parte o en su totalidad de hueso compacto denso, son casi siempre visibles radiológicamente, se ven mejor en los clíses oclusivos en los que se muestran como radiopacidades características, bien delimitadas en -

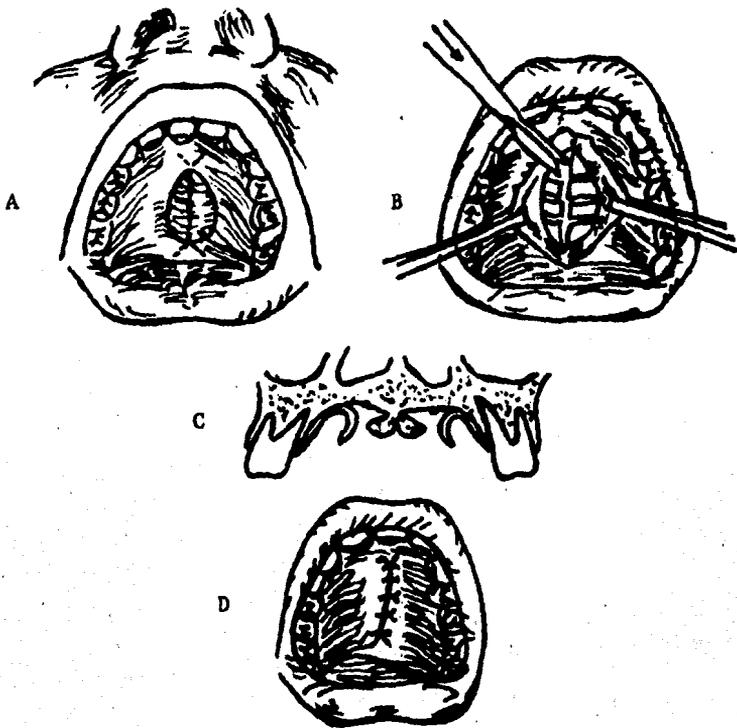


FIG.- 6 **A, INCISION SOBRE LA LINEA PUNTEADA**
 B, ELIMINACION CON CINCEL
 C, SURCO EN EL HUESO
 D, SUTURA.
 (TORUS PALATINO)

la bóveda del paladar. Suelen ser de gran densidad, pero a veces y sobre todo en los de mayor tamaño, la cortical externa del torus se distingue muy bien del centro medular menos denso; los clíses periapicales pueden mostrar también la presencia de un torus palatino, - mostrandose como una radiopacidad lisa de superficie curvada en los límites superiores de la placa, superpuesta sobre el antro u ocultando completamente su imagen.

Torus Mandibular.

Es simplemente otra forma de exostosis; es una denominación -- que indica específicamente la protuberancia ósea de la superficie - lingual de la mandíbula, más frecuentemente en las regiones canina y premolar. Pueden ser único o múltiple, unilateral o bilateral.

Clínicamente se presenta como una proliferación ósea, dura, -- bien limitada, de superficie lisa, cubierta por una mucosa normal o de color rosa pálido. En algunos casos raros, las lobulaciones múltiples bilaterales alcanzan un tamaño suficiente como para ocupar - una mayor porción del suelo de la boca.

Los datos radiográficos suelen ser característicos, se identifi can con facilidad las imágenes radiopacas de los torus superpuestos sobre las raíces de los dientes mandibulares (placas periapicales) y sus radiopacidades densas, bien limitadas, que hacen prominencia en la superficie lingual de la mandíbula (placas oclusales).

El torus palatino no tiene finalidad útil, por lo general no - se hace ningún tratamiento sólo que:

- 1.- Se tornen tan grandes que perturben la dicción.
- 2.- La mucosa se traumatische, se ulcere o no cicatrice en razón de la irrigación insuficiente.
- 3.- No se pueda persuadir al paciente que se trata de algo que no es maligno.
- 4.- Interfiera con el diseño y la confección de una prótesis removable.

Incluso cuando se contempla la confección de una prótesis, encontramos que no todos los torus deben ser eliminados.

El criterio para su remoción es:

- 1.- Tamaño exagerado.
- 2.- Retenciones.
- 3.- Interferencias con el sellado posterior de la prótesis.
- 4.- Inestabilidad de la prótesis producida por el movimiento, y en estos casos estas prominencias óseas están frecuentemente en el sitio de úlceras resultantes de infecciones de rasguños o abrasiones por la masticación de alimentos duros.

El plan de tratamiento demanda una valoración atenta al paciente.

Pasos para la técnica:

- 1.- Se coloca la cabeza del paciente en hiperextensión, para dejar el paladar en un plano vertical.
- 2.- Se hace una incisión palatina media en la mucosa, en toda la longitud del torus y dos incisiones con divergencias oblicua en los extremos anterior y posterior evitando las foraminas --

vasculares, si el torus se extiende hacia la zona de paladar - duro más posterior, hay que tener cuidado en evitar la penetración dentro del paladar blando hacia la cavidad nasal.

- 3.- Cada colgajo se separa con el elevador perióstico y se sutura a la mucosa del proceso alveolar para mantenerlos lejos del -- campo operatorio; se pondrá atención para no traumatizar, desgarrar, perforar los colgajos, puesto que cualquiera de estos accidentes produce isquemia que termina en necrosis de uno de los colgajos o ambos.
- 4.- Si el torus es pequeño o pedunculado, si el hueso palatino es grueso es posible desprender el torus del paladar mediante un golpe seco de martillo sobre un escoplo filoso, de bisel único. Sin embargo la mayoría de los torus tienen la base ancha y no se tiene el conocimiento previo del espesor del paladar. En estos casos, se emplea una fresa de fisura de carburo No. 703, u otra fresa para hueso de tamaño semejante para hacer -- surcos en el torus, dándole el aspecto acanalado, los cortes - en el hueso se hacen de la profundidad deseada con precaución de no penetrar hacia el piso de las fosas nasales.
- 5.- Una vez dividido el torus, las partes se eliminan con gubias, o con escoplo y martillo, sin peligro de fracturar paladar.
- 6.- Se alisa el muñon del torus con limas para hueso, cinceles, o fresas grandes para hueso. No es preciso reducir el torus hasta el punto de dejar el paladar cóncavo, el paladar plano, o incluso con un leve reborde residual medio es lo adecuado en - la mayor parte de los casos.

7.- Suele haber un excedente de mucosa palatina que se deberá recortar con tijeras y luego se cerrará la mucosa sobre la herida ósea. Al suturar se pondrá cuidado, pues la mucosa se desgarrará con facilidad.

Cuidado Postoperatorio.

Mantenimiento de la higiene bucal y muy importante es la prevención de la formación de hematomas mediante el uso de un drenaje de goma o mediante una férula o matriz; se usa la matriz para adaptar y sostener los colgajos mucosos en contacto con el hueso, eliminando así los espacios muertos en los cuales se puede acumular sangre y suero. Se puede confeccionar una matriz antes de la operación, con resina acrílica, e inmediatamente después de la operación cubrirla con pasta de óxido de zinc y eugenol, resina acrílica de autopolimerización, resina acrílica blanda, gasa envaselinada o cualquier otro tipo de material similar; se debe dejar la matriz por una semana o hasta que remita la hemorragia y el edema. Se pueden cortar apósitos intrabucales adhesivos del tamaño adecuado y dejarlo durante varios días con excelente resultado.

No todos los casos demandan el uso de la matriz, los factores son determinantes:

- 1.- Altura de la ojiva palatina.
- 2.- Tamaño del muñón del torus.
- 3.- Grado de flacidez de los colgajos mucosos.

Hay que cohibir la hemorragia persistente del hueso y tejidos, si se desea evitar la formación de hematomas. Los drenajes de goma

cuando se les utilice, deberán retirarse a las 24 ó 48 horas. Las suturas se quitan a los 6 o a los 10 días, por lo general a las 4 ó 6 semanas se puede tomar una impresión del paladar cicatrizado.

Complicaciones.

Hemorragia; las incisiones bien localizadas, que evitan los vasos palatinos y nasopalatinos, el manipular suavemente los colgajos, reduce las posibilidades de hemorragia; a veces se produce hemorragia persistente en la mucosa del extremo posterior de la herida, pero por lo general remite después de la inyección de cantidades pequeñas de solución anestésica. Otras veces puede necesitarse una sutura o ligadura para detener una hemorragia rebelde; la hemorragia intraósea se cohibe aplastando el hueso adyacente contra el punto sangrante o atacando la zona colocando un anticoagulante.

Hematoma; la hemorragia persistente, los colgajos adaptados de manera que exista flojedad, o la falta de matriz producen la aparición de un hematoma entre la mucosa y el hueso palatino. Si el hematoma se infecta, los colgajos mucosos pueden necrosarse y desprenderse, hay que drenar los hematomas cuando se descubren, y se administran antibióticos para reducir la probabilidad de infección.

Desprendimiento de la mucosa palatina; si se produjera la pérdida de la mucosa, se debe confeccionar una prótesis temporaria o férula, para que cubra el hueso expuesto hasta que se produzca granulación y epitelización secundaria. Esta fase podría llevar de 5 a 8 semanas.

A medida que avanza la cicatrización, la férula se puede recu-

brir con pasta de oxido de zinc y eugenol para compensar cambios -- del contorno palatino.

Perforación del piso de las fosas nasales, la perforación muy rara vez se hace, pero si es pequeña no surgen problemas salvo que la hemorragia se detenga dentro de un lapso breve, quizá 5 minutos.

En este caso es preciso atacar la nariz con gasa envaselinada. La fractura del paladar es la complicación más desafortunada que -- puede ocurrir durante la eliminación del torus palatino, la prevención es mucho mejor en el tratamiento y se le lleva acabo dividiendo el torus con fresas antes de intentar hacer la remoción. Si se produjera la fractura del paladar, hay que volver a su lugar los -- fragmentos libres de hueso e inmovilizarlos; la mucosa se volverá a colocar en su lugar con precisión y se suturará, si en el momento -- de la fractura no se ha eliminado completamente el torus, la operación se pospondrá, hasta que la fractura se consolide. Durante el -- período de consolidación el paladar debe estar estabilizado mediante una férula.

Si no fuera posible colocar el fragmento del proceso palatino hay que inmovilizar la mucosa nasal y la palatina, cerrarlas en planos sin tensión y sostenerlas con una férula. En estos casos el -- borde posterior de una prótesis terminada tendría poco soporte óseo subyacente, afectando así el sellado periferico y la retención.

Torus Mandibular.

El mucoperiostio que lo cubre es muy delgado, como lo es toda la superficie media de la mandíbula. No es rara la laceración o las

Úlceras traumáticas sobre la mucosa.

Los Torus Mandibulares se eliminan cuando:

- 1.- Se agrandan tanto que generan dificultades en la dicción o en la eliminación.
- 2.- Cuando la mucosa que los cubre se ulcera como consecuencia de la traumatización y no cicatriza.
- 3.- Para facilitar la confección de prótesis removibles completas o parciales.

Pasos para la Técnica.

- 1.- Se hace la incisión sobre la cresta del proceso alveolar de la zona de molares hasta la de incisivos. Si se van a tratar los dos lados en la misma sesión, no se separa la encía de la región incisiva central para poder volver a colocar con precisión el colgajo lingual y reducir la formación de un hematoma postoperatorio.
- 2.- Hay que tener cuidado con la mucosa al rechazarla por delgada y porque se rompe con facilidad, especialmente si hay torus re dondos multiples, el colgajo se debe proteger, con un separador ancho sostenido por el ayudante durante la reducción de hueso subsecuente.
- 3.- La mayoría de los torus mandibulares se pueden quitar mediante un golpe seco de martillo sobre un cincel afilado. En caso de que haya un torus grande y fusiforme, es útil emplear una fresa dental para establecer un plano de desprendimiento antes de usar el martillo y el cincel. Asimismo es de utilidad que el -

ayudante quirúrgico sostenga la mandíbula cuando se haga uso - del martillo.

4.- Una vez reducido el volúmen del torus con martillo y escoplo - se sigue reduciendo el muñón mediante limas para hueso y fre-- sas.

5.- Se vuelve la mucosa a su lugar y se sutura.

Cuidados Postoperatorios.

Aunque raras veces es necesaria, la matriz resulta útil para - el mucoperiostio sostenerlo en contacto con la superficie lingual, de la mandíbula, reduciendo así la inflamación y la posibilidad de la formación de un hematoma.

Complicaciones.

Su origen es el desgarramiento de los colgajos o por la laceración del piso de la boca con cinceles, fresas u otros instrumentos y producen hemorragias intensas que requieren ligadura de los vasos grandes.

La hemorragia masiva en el piso de la boca produce edema de la lengua y de las zonas adyacentes que pueden obstruir las vías aé---reas.

La laceración de los conductos salivales pueden demandar su reparación quirúrgica.

El empleo apropiado de los instrumentos y de la técnica quirúrgica evita estas complicaciones.

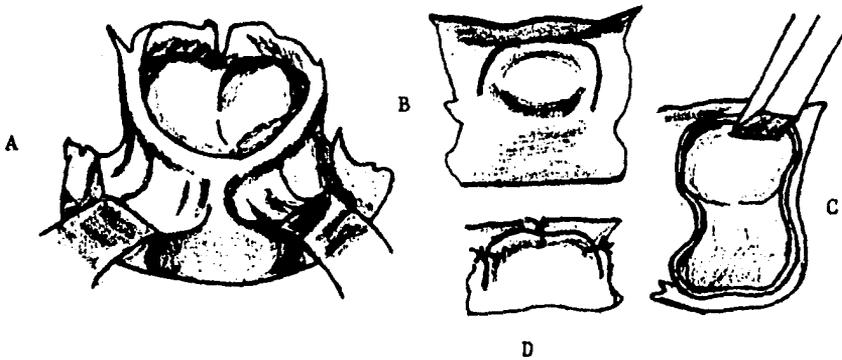


FIG.- 7 TORUS MANDIBULAR, SE RESECA POR MEDIO DE ESCOPIO.

E X O S T O S I S

Hay la necesidad de mencionar otro tipo de exostosis para --- ampliar el campo del diagnóstico clínico, ya que estas requieren de su eliminación quirúrgica con el fin de una correcta preparación -- protésica.

Exostosis Palatina Lateral.

A veces, se hallan exostosis múltiples pequeñas en la superficie palatina del proceso alveolar de la región molar superior, la membrana de la zona es gruesa y con tejido conectivo abundante de modo que muchas veces estos procesos óseos son pasados por alto durante el exámen inicial.

Si estas exostosis son grandes y afiladas, o si se hallan sujetas a presiones que generan dolor, está indicada su eliminación; -- una preocupación importante durante el procedimiento quirúrgico es la preservación del aporte sanguíneo, la arteria palatina anterior, la vena y el nervio se alojan en un surco plano contra el maxilar -- en la unión de la apófisis palatina y el proceso alveolar casi vertical. Sin embargo, las exostosis se hallan muy cerca del paquete -- vasculonervioso, el cual debe ser separado con todo cuidado del col gajo de tejido blando.

Pasos para la Técnica.

- 1.- Se hace la incisión a lo largo de la cresta del proceso alveolar desde el lado posterior de la tuberosidad hacia la zona -- de premolares. Por lo general, no es necesario hacer incisio--

nes perpendiculares o liberadoras en el paladar, si es que la incisión en la cresta del reborde es del largo suficiente; al evitar incisiones en el paladar se genera menor hemorragia. Si se produce hemorragia intensa, es mejor ligar los vasos.

- 2.- Una vez expuestas las exostosis se les elimina con gubias o -- fresas, cinceles.
- 3.- Es preciso cohibir la hemorragia antes de suturar la mucosa.
- 4.- Por lo general no se precisa la férula. Hay que observar el -- cuidado postoperatorio de rutina.

Exostosis Vestibular.

Las exostosis de la superficie lateral, o vestibular del proceso alveolar son comunes en el maxilar superior pero se encuentran -- tambien en la mandíbula, en menor proporción. Se producen, cerca de la cresta del proceso alveolar, ~~generalmente~~ en la zona de los molares y premolares se consideran como espesamientos o engrosamientos funcionales de la cortical ósea.

En algunos pacientes con dientes naturales, estas proyecciones son tan grandes que atrapan partículas de alimentos en el surco ves tibular, presentando un problema de higiene.

Para el paciente protésico se plantean dos problemas:

La reducción de la exostosis vestibular para la fidelidad de la --- impresión es necesaria, para la estabilidad y retención de la base de la dentadura; sin embargo, la reducción ósea podría producir pé rida excesiva de la cortical dejando hueso esponjoso cubierto sólo por mucosa. En consecuencia podría producirse la reabsorción exces í

va del proceso alveolar, reduciendo no sólo tamaño sino también el ancho transversal del maxilar, la solución se halla en una transacción; es posible mantener el tamaño del maxilar superior con mayor facilidad eliminando gran parte pero no toda la exostosis, de manera que quede un pequeño muñón.

Resulta difícil estimar la cantidad de hueso que se reabsorberá después de cada procedimiento, pero en estos casos parece prudente no desperdiciar hueso que el paciente puede necesitar en un futuro.

La eliminación de la exostosis vestibular se realiza de manera muy similar a la alveoloplastia de rutina, excepto que algunos, prefieren reducir las proyecciones óseas antes de hacer la extracción de los dientes.

Pasos para la Técnica.

- 1.- La incisión se hace en la cresta del reborde. Si es necesario, se hace también una incisión anterior oblicua o liberadora, para conseguir el suficiente acceso a la zona.
- 2.- Se separa el colgajo mucoso hasta un nivel que se halla inmediatamente por debajo de la exostosis, la cual se quita mediante gubias, fresas o cinceles.
- 3.- Una vez eliminada la exostosis se alisa el proceso alveolar.
- 4.- Se coloca la mucosa en su lugar y se sutura.
- 5.- Se observan los cuidados postoperatorios de rutina.

CAPITULO V

PROTESIS INMEDIATA

Se han mencionado diferentes tratamientos quirúrgicos que son auxiliares en la preparación para la prótesis, en este capítulo trataremos brevemente la necesidad de construir una Prótesis Inmediata.

Una Prótesis Inmediata es una prótesis dental confeccionada antes de la extracción de los dientes para ser instalada inmediatamente después de la extracción. A la prótesis inmediata se le considera como todo aparato que se coloca entre unos minutos y unos días - después de las extracciones, pero siempre antes del cierre de la "O" de las brechas quirúrgicas, que puede considerarse terminado -- con la epitelización del coágulo.

El término Prótesis Inmediata significa varias cosas. La dentadura puede ser una prótesis relativamente permanente o una temporaria que será reemplazada posteriormente. La dentadura inmediata puede tener dientes de plástico o de porcelana, o una combinación de - dientes anteriores de porcelana, y dientes posteriores de acrílico.

Este servicio no es aplicable en forma general a todos los pacientes que se hallen en la transición de dientes naturales, a dientes artificiales.

No hay que subestimar las ventajas funcionales, estéticas y -- psicológicas del reemplazo inmediato de los dientes naturales perdidos mediante una prótesis. No hay con esto un periodo desdentado inhibidor, es menos factible que se desarrollen malos hábitos de dicción si los dientes se conservan hasta el momento que van a ser reemplazados. Asimismo, hay muchas ventajas fisiológicas que son:

- 1.- HEMOSTASIA, por lo general la hemorragia se detiene con rapidez porque la base de la dentadura cubre los alveólos de las extracciones y actúa como apósito, confinando el coágulo mediante presión leve.
- 2.- CICATRIZACION, protege los tejidos y reduce la acumulación de residuos alimenticios en los alveólos, lo cual podría retardar la cicatrización.
- 3.- MENOR REABSORCION DE LOS REBORDES, esto es por la estimulación funcional de los rebordes desdentados con la base, de la dentadura.
- 4.- TONO MUSCULAR, cuando los dientes son reemplazados de inmediato, los músculos de la lengua, labios, y carrillos mantienen su posición fisiológica normal.
- 5.- NUTRICION, la buena nutrición es fundamental para que haya cicatrización adecuada y la nutrición se mantiene mejor con dientes que sin ellos.

Existen también desventajas como son:

- 1.- Tiempo y gastos, por lo general se precisan ajustes postoperatorios adicionales de la dentadura y rebasado, o la confección de una nueva prótesis.
- 2.- Falta de Prueba, con las prótesis inmediatas no se puede comprobar las cualidades estéticas de la dentadura antes de su instalación, sin embargo, si se hacen prótesis o férulas tera-

péuticas, las diferencias estéticas se pueden corregir, en la segunda prótesis.

SELECCION DEL PACIENTE

Los pacientes ancianos y los que tienen enfermedades orgánicas, no se consideran capacitados para poder soportar la cirugía, no deben ser sometidos a extracciones múltiples en una sola sesión y a la instalación de las prótesis inmediatas.

Antes de tomar las impresiones definitivas para la confección, de las prótesis es preciso corregir y regularizar dientes en mala posición y las irregularidades de tejidos blandos pronunciados, torus y exostosis, mucosa hiperplásica, inserciones musculares, etc.

La única cirugía necesaria antes de la instalación de las prótesis inmediatas es la extracción de los dientes con la menor cantidad de alveoloplastia.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Las dentaduras se quitarán y se limpiarán con frecuencia. Los tejidos bucales deberán limpiarse diariamente, al principio con irrigaciones y enjuagatorios, después cepillando la mucosa.

A las 24 horas se examinará la boca y se ajustará la prótesis para eliminar zonas de necrosis por presión de la mucosa.

Se puede usar un material de revestimiento blando para mantener un buen contacto entre la dentadura y los tejidos bucales. Esto se cambiará una o dos veces por semana hasta que se haga el segundo rebase. Cuando sea oportuno se hará el ajuste oclusal. Es más fácil

ajustar dientes posteriores de acrílico que de porcelana.

Para este fin hay una diversidad de materiales; ejemplo de ---ellos son el Coil Soft y Tru Soft, acrílico que se mantiene endeble para que esté listo para recortar donde haga falta.

La composición y las propiedades; polvo copolimero de metacrilato de metilo y de etilo, destinado este último a acelerar el proceso con el líquido. El líquido sería básicamente alcohol etílico, al que agregaría algún aceite esencial para modificar el sabor y el olor, así como dibutil falato, que actuaría como retardador.

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo del tema: Consideraciones Quirúrgicas Preprotésicas del Tejido Oseo, buscamos enfocarlo principalmente hacia los tejidos duros ya que como se menciona en el planteamiento de los objetivos el tratamiento de tejidos blandos quedó fuera del campo de este trabajo.

Nosotros abarcamos el estudio de los tejidos duros dado que hemos observado que en su práctica profesional, el Odontólogo, continuamente tiene que resolver casos clínicos en donde el paciente requiere de una prótesis la cual realmente para ser funcional tiene que considerar el caso desde diferentes ángulos como son: el exámen clínico radiológico, secuelas de exodoncia, detección de anormalidades que se presentan en el Tejido Duro (Patologías), y lo que es más importante, su corrección por medio de técnicas y tratamientos específicos.

En el transcurso de la investigación nos encontramos con algunas dificultades para recolectar el material ya que concretamente el tema como tal no se encuentra usualmente, este se encuentra en citas bibliográficas, diversas.

Por lo mismo creemos que no sólo se justifica este trabajo sino que aún requiere de otros trabajos que profundicen y sinteticen los conocimientos e investigaciones que continuamente se están realizando, tanto en los Centros de Investigación en Universidades como en la práctica profesional.

Al desarrollar el tema, nos quedó cada vez más clara la idea -

de considerar a la exodoncia como un procedimiento quirúrgico puesto que desde que se hace una extracción se ve la necesidad de sustituir el espacio resultante, hecho mismo que debe considerarse con miras protésicas; por este motivo en la práctica de la exodoncia -- hay que extremar las precauciones y los procedimientos para tener -- como resultado una encía sana. Sin embargo, no basta con estos cuidados; dado que, como proceso que es, una prótesis correctamente colocada y aceptada por el paciente, comienza en el momento en que -- hay la necesidad de prescribir el tratamiento, es decir, debemos -- partir del objetivo principal como lo es el soporte, la estabilidad y la retención que puede y debe tener el tejido parodontal incluyendo obviamente tanto tejidos duros como los tejidos blandos.

Finalmente hacemos una exhortación para que desde diferentes puntos de vista, como podrían ser: La investigación profunda del tema en relación a la salud parodontal, el ambiente general que rodea tanto al Odontólogo como al paciente para realizar mejores condiciones de trabajo en relación a la necesidad del paciente de todas las edades por llevar a cabo un buen funcionamiento del Aparato Masticatorio teniendo como meta conservar siempre la máxima cantidad de hueso; se dirijan esfuerzos para coleccionar la información que sobre este campo de acción del Cirujano Dentista, se realizan en diferentes Centros de Investigación, y que hoy se encuentran dispersos.

Dada la imperiosa necesidad que existe por una prótesis funcional, la comunidad de Cirujanos Dentistas está obligada a brindar cada vez mejor servicio apoyándose de la Ciencia Odontológica.

B I B L I O G R A F I A

Archer, W. Harry

Cirugía Bucal

Editorial Mundi

2a. Edición en Español

Buenos Aires, 1968

Bhaskar

Patología Bucal

Editorial el Ateneo

2a. Edición Reimpresión

Buenos Aires, 1975

Guillermo A. Ries Centeno

Cirugía Bucal

8a. Edición

Buenos Aires, 1979

Zegarelli Edward V.

Diagnostico en Patología Oral

Salvat Editores, S.A.

Barcelona, 1977

Sharry

Prostodoncia Dental

Facultad Odontología U N A M

RK 651 S43 K11095

Osawa Deguchi José Y.

Prostodoncia Total

Textos Universitarios U N A M

México, 1979

Costich Emmett R.

Cirugía Bucal

Facultad Odontología U N A M México, 1973

Nery Edmundo B.

Palatal Exostosis in the Molar Region

J. Periodontol Vol. 48 Número 10

Octubre de 1977

Biblioteca C M N

Topazian David S.

Torus

Vol. 35, October 1977

Biblioteca C M N

Saint Alan M.

Osteotomy

Vol. 39, July 1981

Biblioteca C M N

Fundamentos de la Cirugía Osea en Parodoncia

A D M 1978 Volúmen XXXV No. 3

A D M 1979 Volúmen XXXVI No. 5

Hoyo Alonso Del

Cirugía Maxilofacial

A D M Tomo XXV No. 2

Tomado de la Revista Española de Estomatología

Navarro Vila Carlos

Cirugía Preprotésica

A D M Tomo XXV No. 2

Tomado de la Revista Española de Estomatología

Procedimientos Protésicos-Cirugía

Revista A D M Volúmen XXXVI

Septiembre - Octubre 1979 No. 5

Arch Oral Biol

Torus Volúmen XXI 1976 Jul.-Dec. Biblioteca C M N

Kruger

Cirugía Bucal

Editorial Interamericana

RD 523 K6975 K7

Facultad Odontología U N A M

Zuckermann Conrado

Patología Quirúrgica

Editorial UTHEA

México, 1979

Berger

Principles and Techniques of Oral Surgery

A D M Vol. 617.6 - B4 Ej:2

Ryle A. Bell

Prosthetic Treatment of Pendulous Maxillary Tuberosities

Jada, Vol. 103 Dec. 1981

Biblioteca del C M N

Kaiser

Surgery, Oral Preprosthetic Feb. 104(2):142

J. Am Dent Assoc 1982

Tesis (Varias)

Facultad Odontología U N A M y

Universidad Tecnológica de México

Dr. Cortez Camarillo (Cirujano Maxilofacial)

Cirugía Preprotésica de Tejidos Duros

Conferencia Realizada en el Hospital Juárez.

México, D.F.